

có thể là một yếu tố quan trọng góp phần vào tình trạng mất bù và phải nhập viện. Bảng 3.3 cho thấy việc lựa chọn thuốc KSDH cho bệnh nhân nội trú được cá thể hóa một cách rõ rệt dựa trên MLCT trong nghiên cứu của chúng tôi. Phác đồ điều trị chính trong thời gian nằm viện là phối hợp giữa thuốc uống và insulin chiếm 68,3%. Trong đó, insulin vẫn là liệu pháp chiếm ưu thế (85,4% chung cho cả quần thể nghiên cứu) cao hơn so với nghiên cứu của Schnipper (2006).[5] Các thuốc có nguy cơ cao ở BN có BTM như Sulfonylurea và Metformin đã được ngưng hoặc giảm mạnh. Thay vào đó, Ức chế DPP-4 trở thành liệu pháp thuốc uống chủ đạo (sử dụng ở >75% BN) nhờ tính an toàn cao. Đáng chú ý, việc sử dụng Ức chế SGLT-2 cũng gia tăng, đặc biệt ở nhóm MLCT < 45 ml/phút, cho thấy xu hướng điều trị theo lợi ích bảo vệ tim-thận rất cập nhật. Đặc biệt, chiến lược insulin được tối ưu hóa bằng cách chuyển từ phác đồ trộn (phổ biến trước nhập viện) sang phác đồ Basal-Bolus linh hoạt, nhất là ở nhóm MLCT < 45 ml/phút nhằm tăng tính an toàn và hiệu quả.

4.2. Kết quả điều trị KSDH trong thời gian nằm viện. Sau 5 ngày điều trị tích cực có 42,7% BN đạt mục tiêu KSDH theo tiêu chí của nghiên cứu. Tỷ lệ này cao hơn so với một số nghiên cứu trên BN ĐTĐ nội trú nói chung, như nghiên cứu của Huỳnh Quang Minh Trí (20,1%)[2] và Allende-Vigo (35,4%)[7]. Sự khác biệt này có thể đến từ việc chúng tôi tập trung vào một quần thể đặc hiệu và áp dụng các chiến lược điều trị tích cực. Tuy nhiên, thành công này đi kèm với một tỷ lệ hạ đường huyết đáng kể là 23,2%. Tỷ lệ này cao hơn so với một số báo cáo khác và có thể phản ánh đúng nguy cơ cố hữu ở nhóm BN có BTM giai đoạn 3, nơi việc thanh thải insulin bị suy giảm làm tăng nguy cơ tích lũy thuốc. Điều này nhấn mạnh sự cân bằng mong manh giữa việc đạt mục tiêu đường huyết và đảm bảo an toàn cho BN trong thực hành lâm sàng.

4.3. Phân tích mối liên quan giữa kết quả KSDH trong thời gian nằm viện các yếu tố liên quan. Phân tích hồi quy đa biến đã làm rõ các yếu tố tiên lượng độc lập cho việc đạt KSDH, mang lại những phát hiện sâu sắc. Một cách bất ngờ, BN nhập viện vì "Nhiễm trùng" hoặc "Lý do khác" có khả năng đạt KSDH tốt cao hơn đáng kể so với nhóm vào viện vì "Đường máu cao". Điều này có thể được giải thích do tình trạng tăng đường huyết ở nhóm nhiễm trùng mang tính chất cấp tính và đáp ứng tốt khi nguyên nhân nhiễm trùng được kiểm soát. Ngược lại, nhóm vào viện vì đường máu cao có

thể đại diện cho những trường hợp tăng đường huyết mạn tính, kháng trị hơn. Tương tự, mức đường huyết lúc nhập viện cao hơn cũng là một yếu tố tiên lượng tốt (OR = 1,140), có thể do những BN này đã được các bác sĩ can thiệp điều trị tích cực hơn ngay từ đầu. Mặt khác, liều insulin trung bình cao hơn liên quan đến khả năng đạt mục tiêu thấp hơn (OR = 0,061). Kết quả này phù hợp với thực tế lâm sàng, bởi liều insulin cao thường phản ánh tình trạng kháng insulin nặng hoặc chức năng tế bào beta suy giảm, vốn là những rào cản lớn trong việc KSDH. Những phát hiện này cho thấy bản chất của lý do nhập viện và mức độ kháng insulin có thể là những yếu tố tiên lượng kết quả điều trị quan trọng hơn cả mức đường huyết ban đầu trong quần thể BN phức tạp này.

V. KẾT LUẬN

Việc KSDH nội trú ở BN đái tháo đường típ 2 có BTM giai đoạn 3 còn nhiều thách thức, với 42,7% BN đạt mục tiêu nhưng có tới 23,2% bị hạ đường huyết. Phân tích cho thấy lý do vào viện, đường máu lúc nhập viện và liều insulin trung bình là các yếu tố tiên lượng độc lập cho kết quả điều trị. Những phát hiện này nhấn mạnh sự cần thiết phải cá thể hóa chiến lược điều trị để cân bằng giữa hiệu quả và an toàn cho nhóm BN phức tạp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2. 2020.
2. **Huỳnh Quang Minh Trí, Trần Quang Nam.** Y học Tp. Hồ chí Minh. Phụ bản tập 2. Số 2 2018.
3. **American Diabetes Association.** Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care.* 2022;45(12):3075–3090.
4. **American Diabetes Association.** Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes. *Diabetes Care.* 2024;47(1):20–42.
5. **Jeffrey L. Schnipper, MD, MPH Emily E. Barsky, Shimon Shaykevich, Garrett Fitzmaurice.** Inpatient Management of Diabetes and Hyperglycemia Among General Medicine Patients at a Large Teaching Hospital. *Journal of Hospital Medicine* 2006;1:145–150. 2006 Society of Hospital Medicine.
6. **Kidney Disease: Improving Global Outcomes CKDWG.** Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* Apr 2024;105(4S): 117-314.
7. **Myriam Zaydee Allende-Vigo, Rafael A González-Rosario, et al.** Inpatient Management of Diabetes Mellitus among Noncritically Ill Patients at University Hospital of Puerto Rico. *Endocr Pract.* 2014 May;20(5):452-60.

KHẢO SÁT TỶ LỆ NHIỄM VÀ SỰ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA ACINETOBACTER BAUMANNII PHÂN LẬP TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2024-2025

**Trần Linh Sơn¹, Sơn Thị Tiến¹, Nguyễn Thị Thảo Sương¹,
 Huỳnh Quang Minh², Lê Thị Bé Ngoan², Ong Văn Phát³**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hiện nay, Tổ chức Y tế thế giới (WHO) xếp vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* vào nhóm vi khuẩn ưu tiên số 1 trong vấn đề khó kiểm soát và điều trị các bệnh lý liên quan. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ nhiễm và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* được phân lập từ bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2024-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 314 mẫu bệnh phẩm đường hô hấp của bệnh nhân viêm phổi tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2024-2025. **Kết quả:** Có 100/314 mẫu vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* được phân lập, chiếm tỷ lệ là 31,4%. Đa số vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* đề kháng cao với 13 loại kháng sinh thực nghiệm với tỷ lệ từ 75% với kháng sinh tobramycin đến 100% với kháng sinh cefazolin. Vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* chỉ còn nhạy với một vài kháng sinh: colistin với tỷ lệ 9%), trimethoprim/sulfamethoxazole với tỷ lệ 50% và một tỷ lệ rất ít từ 0-11% *Acinetobacter baumannii* kháng ở mức trung gian. **Kết luận:** Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* khá cao (31,4%). Vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* cũng được xác định kháng cao (trên 75%) với 13/15 loại kháng sinh thực nghiệm.

Từ khóa: *Acinetobacter baumannii*, đề kháng kháng sinh, vi khuẩn.

SUMMARY

SURVEY OF INFECTION RATE AND ANTIBIOTIC RESISTANCE OF ACINETOBACTER BAUMANNII ISOLATED FROM PNEUMONIA PATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2024-2025

Background: Currently, the World Health Organization (WHO) ranks *Acinetobacter baumannii* as a priority bacteria in the number 1 group of bacteria that are difficult to control and treat related diseases..

Objectives: To determine the infection rate and antibiotic resistance rate of *Acinetobacter baumannii* isolated from patients with hospital-acquired pneumonia at Can Tho General Hospital in 2024-2025.

¹Trường Đại Học Cửu Long

²Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

³Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Ong Văn Phát

Email: ovphat@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025

Materials and methods: A cross-sectional descriptive study with analysis was conducted on 314 respiratory tract specimens of pneumonia patients at Can Tho General Hospital in 2024-2025. **Results:** 100/314 *Acinetobacter baumannii* samples were isolated, accounting for 31.4%. Most *Acinetobacter baumannii* bacteria were highly resistant to 13 experimental antibiotics with rates ranging from 75% to tobramycin to 100% to cefazolin. *Acinetobacter baumannii* bacteria were only sensitive to a few antibiotics: colistin with a rate of 9%), trimethoprim/sulfamethoxazole with a rate of 50% and a very small rate of 0-11% *Acinetobacter baumannii* with intermediate resistance. **Conclusions:** The rate of isolation of *Acinetobacter baumannii* bacteria was quite high (31.4%). *Acinetobacter baumannii* bacteria were also determined to be highly resistant (over 75%) to 13/15 experimental antibiotics. **Keywords:** *Acinetobacter baumannii*, antibiotic resistance, bacteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức Y tế thế giới (WHO) (2017) đã xác định 12 loài vi khuẩn ưu tiên hàng đầu có nguy cơ đe dọa sức khỏe cộng đồng toàn cầu do khả năng đề kháng kháng sinh mạnh, đồng thời kêu gọi khẩn cấp các nỗ lực nghiên cứu và phát triển các tác nhân kháng khuẩn hay những thuốc kháng sinh mới để đối phó. Trong nhóm này, *Acinetobacter baumannii* (*A.baumannii*) được xếp vào nhóm ưu tiên cao nhất, là nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế, với tỷ lệ mắc bệnh và kháng thuốc đáng gia tăng đáng kể theo giờ gian [1]. Theo báo cáo tại hội nghị khoa học toàn quốc về Hồi sức Cấp cứu và Chống độc thì tỷ lệ kháng của *A.baumannii* trên 90% đối với các kháng sinh thế hệ mới tại các tỉnh phía Nam Việt Nam [2] với nhiều loại kháng sinh như: carbapenem, cephalosporin, Cefepim,...Theo Vũ Quỳnh Nga, tỷ lệ *Acinetobacter baumannii* kháng 100% với các Cephalosporin thế hệ thứ 3, kháng 96,6% với Cefepim, kháng 98,3% với Ciprofloxacin và kháng 80–90% với các Carbapenem [5]. Việc phát hiện kịp thời và chính xác tình trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* có ý nghĩa quan trọng trong việc hỗ trợ bác sĩ lựa chọn phác đồ kháng sinh tối ưu cho điều trị bệnh nhân. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: "Xác định tỷ lệ nhiễm và

tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *A.baumannii* được phân lập từ bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2024-2025”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh phẩm đường hô hấp của bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Cỡ mẫu:** 314 mẫu bệnh phẩm đường hô hấp của bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ được thu tập từ tháng 10/2024 đến tháng 4/2025.

- **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu được thực hiện dựa trên kết quả định danh vi khuẩn *A.baumannii* và làm kháng sinh đồ bằng hệ thống máy tự động Vitek 2 Compact tại Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ để xác định chủng nhiễm và tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *A.baumannii* với các loại kháng sinh thực nghiệm. Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0 để xác định tỷ lệ nhiễm, tỷ lệ đề kháng kháng sinh và một số yếu tố liên quan.

- Nội dung nghiên cứu:

- Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

+ Thông tin người bệnh viêm phổi được thu thập bệnh phẩm: giới tính (nam, nữ); độ tuổi (dưới 40; 40-60; trên 60 tuổi).

+ Loại bệnh phẩm bao gồm 4 loại: đàm, mủ, dịch rửa phế quản và dịch hút phế nang.

+ Mẫu bệnh phẩm theo khoa lâm sàng: ICU, nội tiết, nội tổng hợp và khoa khác (ngoại tổng quát, khoa khám bệnh,...).

- Tỷ lệ nhiễm vi khuẩn *A.baumannii*:

+ Dựa trên số lượng mẫu được xác định nhiễm *A.baumannii* trong tổng 318 mẫu. Tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* so với các vi khuẩn khác.

+ Thống kê tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* dựa trên một số yếu tố liên quan như: giới tính, nhóm tuổi, các loại bệnh phẩm khảo sát và các khoa phòng lâm sàng.

- Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn *A.baumannii*: khảo sát tỷ lệ đề kháng, tỷ lệ đề kháng trung gian và tỷ lệ nhạy cảm của 15 loại kháng sinh thực nghiệm trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

- Đặc điểm về giới tính và nhóm tuổi của bệnh nhân được khảo sát:

+ Giới tính: ở giới tính nam ghi nhận có 143/

314 (45,5%) và 171/314 (54,5%) ở giới tính nữ.

+ Độ tuổi: trong nghiên cứu ghi nhận được bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 64,3%; tiếp theo là nhóm từ 40 đến 60 tuổi chiếm 27,7%; còn lại ở độ tuổi dưới 40 chiếm 8,0%.

- Đặc điểm về các loại bệnh phẩm: Có 4 loại bệnh phẩm được tiến hành khảo sát trong nghiên cứu là: đàm có tỷ lệ cao nhất với 56%; mủ chiếm 39%; dịch hút phế nang chiếm 3,1% và thấp nhất là dịch rửa phế quản với 1,9%.

- Đặc điểm phân bố *A.baumannii* theo khoa lâm sàng: khoa ICU được ghi nhận là khoa có số mẫu bệnh phẩm được thu thập nhiều nhất chiếm 38,7%; Tiếp theo với 15,4% ở khoa nội tổng hợp; 12,6% ở khoa nội tiết và các khoa còn lại chiếm tỷ lệ 33,3%.

3.2. Tỷ lệ nhiễm *Acinetobacter baumannii*

- **Tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* chung:** Kết quả ghi nhận với 31,4% là tỷ lệ vi khuẩn *A.baumannii* được phân lập trong thời gian nghiên cứu.

- **Tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* so với các chủng vi khuẩn khác:** tỷ lệ phân lập được *A.baumannii* là 31,4% cao hơn so với các chủng vi khuẩn khác trong nghiên cứu như: *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* và *Klebsiella pneumoniae* chiếm tỷ lệ tương ứng lần lượt là 23,9%, 19,2%, 19,2%, còn lại là các chủng vi khuẩn khác chiếm 8,2%.

- **Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ nhiễm *Acinetobacter baumannii*:**

Bảng 1. Tỷ lệ nhiễm *A. baumannii* theo giới tính và nhóm tuổi của bệnh nhân được lấy bệnh phẩm

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	p
Giới tính			
Nam	46	46	0,45
Nữ	54	54	
Nhóm tuổi			
Dưới 40	10	10	0,026
Từ 41 đến dưới 60	15	15	
Từ 60 trở lên	75	75	

Nhận xét: tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* theo các nhóm tuổi có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p=0,027$

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* theo các loại bệnh phẩm

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	p
Đàm	75	75	< 0,001
Dịch hút phế nang	10	10	
Dịch rửa phế quản	6	6	
Mủ	9	9	
Tổng	100	100	

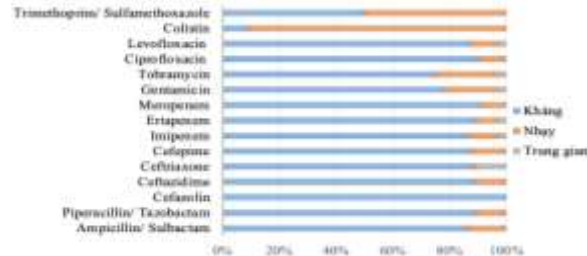
Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm trong mẫu đàm cao nhất (79%) và sự khác biệt tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* theo các loại bệnh phẩm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* theo khoa lâm sàng

Khoa	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	p
ICU	64	64	<0,001
Nội tiết	14	14	
Nội tổng hợp	11	11	
Khoa khác	11	11	
Tổng	100	100	

Nhận xét: Sự khác biệt của tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* giữa các khoa lâm sàng có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *A.baumannii*



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *A.baumannii*

Nhận xét: *A.baumannii* đề kháng cao với hầu hết loại kháng sinh thực nghiệm với tỷ lệ từ 75% trở lên với kháng sinh tobramycin, 100% với kháng sinh cefazolin. *A.baumannii* chỉ còn nhạy với một vài kháng sinh: colistin với 91%, trimethoprim/sulfamethoxazole với 50% hay tobramycin 22% và một tỷ lệ rất ít từ 0-11% *A.baumannii* kháng ở mức trung gian.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Trong tổng số các đối tượng nghiên cứu được thu thập từ bệnh nhân (BN) viêm phổi có 143/314 BN giới tính là nam chiếm tỷ lệ 45,5% thấp hơn nữ với tổng số 171 BN (54,4%). Các BN đa số trên 60 tuổi chiếm 64,3%, nhóm thứ hai từ 40 đến 60 tuổi chiếm 28,1% và thấp nhất là tỷ lệ BN dưới 40 với 7,8%. Theo thống kê, Việt Nam có khoảng 9-15 triệu người/năm mắc viêm phổi, chiếm 13% các bệnh lý về hô hấp. Nhóm các bệnh lý này có thể gặp ở mọi đối tượng, phổ biến nhất là trẻ nhỏ và người cao tuổi, những người có sức đề kháng yếu hoặc sức đề kháng chưa đủ hoàn thiện và đây cũng là lý do, nhóm bệnh nhân cao tuổi (trên 60 tuổi) trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm còn lại.

Về các loại bệnh phẩm thu thập trong nghiên cứu, thì kết quả ghi nhận được có 4 loại, trong đó mẫu đàm nhiều nhất, với 56%; tiếp theo là mẫu mủ chiếm tỷ lệ 39%; mẫu dịch hút phế nang 3,1% và chiếm tỷ lệ thấp nhất là mẫu dịch rửa phế nang với 1,9%. Các mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân viêm phổi được phân bố chủ yếu ở đơn vị ICU với 123 mẫu chiếm 38,7%; 49 mẫu (15,4%) ở khoa nội tổng hợp; 40 mẫu (12,6%) ở khoa nội tiết; 106 mẫu (33,3%) ở các đơn vị khác.

4.2. Tỷ lệ nhiễm *Acinetobacter baumannii*. Trong thời gian nghiên cứu, ghi nhận được có 100/314 mẫu *A.baumannii* được phân lập chiếm tỷ lệ là 31,4%. Với tỷ lệ phân lập được *A.baumannii* (31,4%) trong tổng số vi khuẩn tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ so với các bệnh viện khác thì cao hơn rất nhiều điển hình là Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch 19,1% (2017), Bệnh viện Quân Y 175 là 29,8%, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh 5,1% (2021),... [4], [6].

Với kết quả ghi nhận được của nghiên cứu ở bảng 2 và bảng 3, khi tiến hành so sánh với các nghiên cứu khác thì chúng tôi nhận thấy có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Dương Hữu Phước tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (2021) [6] cho thấy chủng *A.baumannii* phân bố trên bệnh phẩm đàm và khoa ICU chiếm tỷ lệ cao gấp nhiều lần so với các bệnh phẩm và khoa phòng lâm sàng khác. Điều này có thể do chủng *A.baumannii* chủ yếu gây bệnh đường hô hấp có liên quan chính đến các bệnh lý viêm phổi bao gồm viêm phổi thở máy và viêm phổi tại bệnh viện. Ngoài ra, phân tích thống kê, nghiên cứu cũng ghi nhận tỷ lệ nhiễm *A. baumannii* theo các nhóm tuổi và theo mẫu bệnh phẩm có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$, ngược lại theo giới tính, tỷ lệ nhiễm này khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,45$).

4.3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii*. Từ kết quả kháng sinh đồ cho thấy tình hình đề kháng của *A.baumannii* tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ đang ở mức báo động với tỷ lệ kháng rất cao (hơn 75% các vi khuẩn *A.baumannii* kháng với 13 loại kháng sinh thực nghiệm) điển hình là cefazolin với tỷ lệ kháng tuyệt đối (100%), các nhóm carbapenem (imipenem, ertapenem, meropenem) cũng có tỷ lệ kháng dao động từ 86-91%. Mặt khác, từ kết quả ghi nhận được qua nghiên cứu với nhóm kháng sinh carbapenem thì khả năng nhạy cảm của chủng này chiếm chưa tới 10% có sự tương đồng với

một số kết nghiên cứu như sau: nghiên cứu của tác giả Lưu Thị Ngọc Hân (2019) [3], nghiên cứu của tác giả Nguyễn Vĩnh Nghi (2024) [7]. Khi so sánh với các kết quả nghiên cứu tại các bệnh viện khác trong nước, kết quả này cũng chỉ ra tỷ lệ kháng thấp hơn nghiên cứu của Trần Diệu Linh (2017) tại Bệnh viện Trung Ương 108 và Bệnh viện Việt Đức với tỷ lệ kháng carbapenem là 92,2% [4]; hoặc cao hơn nghiên cứu của Hồng Thị Xuân Liễu (2023) tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ [5].

Ngoài các carbapenem trong nghiên cứu chúng tôi còn đánh giá mức độ kháng kháng sinh của các vi khuẩn *A.baumannii* thu được với các kháng sinh beta-lactam khác thuộc hai nhóm cephalosporin và penicillin. Kết quả cho thấy chủng vi khuẩn này không chỉ thể hiện khả năng kháng cao với carbapenem mà với các beta-lactam tỷ lệ kháng khá cao đã vượt mức báo động là > 88%, minh chứng là với cefepime và ceftriaxone thì tỷ lệ kháng chiếm 88% và cao hơn ở ceftazidime 89%, với kết quả nghiên cứu này cho thấy các tổ hợp penicillin và chất ức chế beta-lactamase gần như đã thất bại hoàn toàn trong việc điều trị đối với chủng vi khuẩn này. Hai loại kháng sinh thuộc loại phối hợp là ampicillin/sulbactam và piperacillin/tazobactam đều có tỷ lệ kháng rất cao lần lượt là 88% và 89%, kết quả này cũng khá phù hợp với nghiên cứu của Yunxing và cộng sự (2019) và khi tiến hành so sánh với các bệnh viện khác thì chúng tôi ghi nhận được có sự tương đồng như sau: ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An (2024) [8], ở Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ (2025) [10].

Đối với các loại kháng sinh khác như: tobramycin, levofloxacin, ciprofloxacin thì mức độ kháng của *Acinetobacter baumannii* có sự khác biệt và đang có chiều hướng tăng lên và mất kiểm soát với tỷ lệ kháng lần lượt là 75%, 87% và 90%. Tuy nhiên đối với trimethoprim/sulfamethoxazole kết quả có nhiều khả quan khi mà chỉ có 50% bị kháng. Với colistin cũng cho tỷ lệ kháng khá thấp (9%) so với thế giới từ 2015-2020, tỷ lệ chung của *A.baumannii* kháng nhóm polymyxin trung bình là 13%, trong đó Châu Mỹ 29%, Châu Âu 13% và Châu Á 10% [11]. Đây chính là một trong những gợi ý tích cực cho các bác sĩ trong công tác điều trị các bệnh liên quan đến *A.baumannii* thay vì lựa chọn phối hợp các loại kháng sinh khác.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nhiễm *A.baumannii* tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ 10/2024-04/2025 là 31,4% và sự đề kháng kháng sinh của chủng vi khuẩn này được thực hiện bằng hệ thống Vitek 2 Compact là: tobramycin, trimethoprim/sulfamethoxazole và colistin kháng ở mức nhạy với tỷ lệ từ 22% đến 91% và một tỷ lệ rất ít từ 0-11% kháng ở mức trung gian thì hầu hết vi khuẩn *A.baumannii* được xác định kháng với 13 loại kháng sinh thực nghiệm còn lại với tỷ lệ cao từ 75% đến 100%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2015), Hướng dẫn sử dụng kháng sinh. Nhà xuất bản Y học.
2. **Đinh Thị Thuý Hà (2021)**, Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn Gram âm đa kháng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai. Tạp chí y học Việt Nam; 201(2), tr.179-182.
3. **Lưu Thị Ngọc Hân (2019)**, Nghiên cứu một số gen liên quan đến khả năng kháng carbapenem của các chủng *Acinetobacter baumannii* phân lập tại bệnh viện phổi Trung Ương. Luận văn thạc sỹ, Đại Học Quốc Gia Hà Nội.
4. **Trần Diệu Linh (2017)**, Nghiên cứu ở mức độ phân tử khả năng kháng carbapenem của một số vi khuẩn Gram âm phân lập từ bệnh nhân tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Trung Ương Quân Đội 108. Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Khoa học tự nhiên, Đại học Quốc gia Hà Nội.
5. **Hồng Thị Xuân Liễu (2023)**, Tỷ lệ nhiễm và đề kháng kháng sinh của một số vi khuẩn Gram âm trên bệnh nhân viêm phổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022-2023, Tạp chí Y Học Việt Nam, số 1B(527), tr. 95-100.
6. **Vũ Quỳnh Nga (2012)**, Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện do *Acinetobacter baumannii* ở bệnh nhân viêm phổi thở máy tại khoa Hồi Sức cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh.
7. **Nguyễn Vĩnh Nghi (2024)**, Khảo sát tình hình kháng kháng sinh của *Acinetobacter spp* và *Pseudomonas spp* tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Thuận năm 2023, Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, số 01(45), tr. 7-11.
8. **Nguyễn Đức Phúc (2024)**, Đánh giá mức độ kháng kháng sinh của các chủng vi khuẩn gây viêm phổi liên quan thở máy xâm nhập tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An, Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam, số 01(45), tr. 33-39.
9. **Dương Hữu Phước, Phú Trương Thiên, Chương Lê Văn và cộng sự.** Hiệu quả invitro phối hợp colistin với minocycline và colistin với doxycycline trên vi khuẩn *Acinetobacter baumannii* đa kháng, Tạp chí Y học Việt Nam, Số 1(508), tr.343-346.
10. **Nguyễn Thị Hải Yến (2025)**, Tình hình đề kháng kháng sinh nhóm carbapenem và sinh enzyme carbapenemase của vi khuẩn Enterobacteriaceae, *Pseudomonas*, *Acinetobacter baumannii* tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2024-2025, Tạp chí Y Dược Học Cần Thơ, số 86, tr. 213-219.